

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N° 81

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques-Paul FOURREY

Né le 4 Septembre 1900, à Noisy-le-Sec (Seine)
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

A PROPOS
DE QUATRE OBSERVATIONS
D'ILÉUS BILIAIRE

Président : M. A. GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR
26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

1929

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques-Paul FOURREY

Né le 4 Septembre 1900, à Noisy-le-Sec (Seine)
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

A PROPOS
DE QUATRE OBSERVATIONS
D'ILÉUS BILIAIRE

Président : M. A. GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR
26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

1929

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO	ROGER
Physiologie	STROHL	DESGREZ
Physique médicale	LEMIERRE	BRUMPT
Chimie médicale	Mârcel LABBE	N...
Bactériologie	LECENE	ROUSSY
Parasitologie et histoire naturelle médicale	CHAMPY	TIFFENEAU
Pathologie et thérapeutique générales	Maurice VILLARD	LOEPER
Pathologie médicale	TANON.	BALTHAZARD
Pathologie chirurgicale	MENETRIER	RATHERY
Anatomie pathologique	CARNOT	BEZANÇON
Histologie	ACHARD	WIDAL
Pharmacologie et matière médicale	LEREBoullet	NOBECOURT
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	H. CLAUDE	GOUGEROT
Thérapeutique	GUILLAIN	TEISSIER
Hygiène et médecine préventive	Léon BERNARD	DELbet
Médecine légale	HARTMANN	LEJARS
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GOSSET	TERRIEN
Pathologie expérimentale et comparée	LEGUEU	COUVELAIRE
Clinique médicale	BRINDEAU	JEANNIN
Hygiène et clinique de la première enfance	J.-L. FAURE.	OMBREDANNE
Clinique et maladie des enfants	VAQUEZ	SEBILEAU
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Pierre DUVAL	SERGEANT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BRANCA	
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique des maladies infectieuses		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale		
Clinique ophtalmologique		
Clinique urologique		
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Professeur sans chaire		

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiat.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET	Path. chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCC	Path. chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT	Path. chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER . . .	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
GATELLIER	Path. chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . .	Urologie.
HOVELACQUE . . .	Anatomie.

MM.

HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri) . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (FERNAND)	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Path. chirurgicale.
MOURE	Path. chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER Fils . . .	Physiologie.
SEZARY	Dermatol. et syphilig.
VALLERY-RADOT . .	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

M.

NEVEU-LEMAIRE . .	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR GEORGES FOURREY

Nous ne saurions mieux lui rendre hommage qu'en nous efforçant de suivre l'admirable exemple que fut sa vie.

A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MON FRERE

mon meilleur ami.

A MON COUSIN

LE DOCTEUR H. TORCHAUSSÉ

SSISTANT D'ELECTRO-RADIOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

qui ne cessa de nous prodiguer sa généreuse amitié, son appui et ses précieux conseils.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE LA SALPETRIERE
GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le très grand honneur qu'il
nous fait, nous le prions d'accep-
ter l'expression de notre respec-
tueuse gratitude.*

A NOS MAITRES
A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET
HOPITAL COCHIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD
HOPITAL ST-ANTOINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
CLINIQUE TARNIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE LENORMANT
HOPITAL ST-LOUIS

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET
HOPITAL BICHAT

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER
HOTEL-DIEU

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE
HOTEL-DIEU

A NOS MAÎTRES
A L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

A MONSIEUR LE DOCTEUR VENOT
MÉDECIN DE L'HOPITAL

Il fut notre premier maître à St-Germain et nous ne saurions oublier, ni son enseignement clinique agréable et vivant, ni l'affectueuse sympathie qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LARGET
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL

Par le spectacle journalier de ses hautes qualités chirurgicales, sa technique simple, élégante et rapide, il a développé en nous l'amour de son art. Il a guidé nos premiers pas, encouragé nos progrès, travaillé à notre réussite.

Il a fait preuve à notre égard, en toute circonstance, d'une telle bonté que nous ne savons comment lui exprimer notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAMARE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL

Il a été pour nous un maître dont nous pourrions toujours nous rappeler le sens clinique avisé, la scrupuleuse conscience chirurgicale et l'impeccable technique opératoire dont il nous a donné exemple et qu'il s'est efforcé de nous inculquer.

Nous sommes heureux de lui en exprimer notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUC
CHEF DE CLINIQUE AUX ENFANTS MALADES
CHEF DU SERVICE D'ORTHOPÉDIE DE L'HOPITAL

Qui fut toujours pour nous plein de bienveillante sollicitude.

Il sut nous faire aimer la spécialité difficile qu'il enseigne d'une façon si attrayante. Il a bien voulu nous initier à la chirurgie orthopédique.

Nous ne saurions trop l'en remercier.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHERECHEWSKI
MÉDECIN DE L'HOPITAL

Hommage respectueux,

A MONSIEUR LE DOCTEUR JARRY
ELECTRO-RADIOLOGISTE DE L'HOPITAL

*avec qui nous avons travaillé en
collaboration pendant quatre ans.
Nous tenons à le remercier de la
confiance qu'il a bien voulu nous
accorder et dont il nous a donné
le témoignage, en nous considé-
rant comme son assistant de Ra-
diologie,*

A MONSIEUR ED. MOREAU
DOCTEUR EN PHARMACIE
CHEF DU LABORATOIRE DE L'HOPITAL

*à qui nous devons de nous avoir
montré le concours si précieux
que le laboratoire apporte à la
clinique. Nous tenons à le re-
mercier de l'empressement avec
lequel il nous a donné les exa-
mens et analyses nécessaires pour
notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. MARTIN
MEDECIN DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX
DE SEINE-ET-OISE

*Nous ne saurions oublier l'affabi-
lité exquise avec laquelle il nous
a toujours accueilli dans son dis-
pensaire de St-Germain.
Nous sommes heureux de lui
dire ici combien nous admirons
sa compétence éprouvée en phy-
siologie, sa haute conscience
professionnelle et le désintéres-
sement absolu avec lequel il
s'acquitte de son rôle social.*

A MES COLLEGUES ET AMIS
DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN

Les travaux et les joies pris en commun avec d'excellents camarades pendant les années d'Internat établissent solidement des amitiés véritables : ce n'est pas sans un serrement de cœur et un sentiment de tristesse que l'on s'éloigne de tous ceux qui nous en ont donné les meilleurs témoignages.

INTRODUCTION

Notre but n'est pas d'entreprendre une étude complète de l'iléus biliaire. Cette curieuse variété d'occlusion intestinale a depuis longtemps attiré l'attention des auteurs et de nombreux travaux ont été publiés à ce sujet.

Cependant quatre récentes observations, dont deux ont fait l'objet d'une communication de nos chefs les docteurs Lamare et Larget à la Société de chirurgie, nous ont paru offrir un caractère assez original pour nous autoriser à reprendre la question notamment en ce qui concerne certaines particularités du diagnostic et quelques points de détails dans la technique opératoire.

Nous nous bornerons donc à faire suivre nos quatre observations de réflexions et de commentaires sur les difficultés habituelles et la rareté du diagnostic d'occlusion intestinale par calcul biliaire et sur la gravité particulière de ce mode d'occlusion. Au point de vue chirurgical, seule thérapeutique logique, nous examinerons le contraste saisissant entre la simplicité de l'opération et les mauvais résultats accusés par toutes les statistiques.

Nous soulignerons l'avantage et même la nécessité de l'intervention d'autant plus précoce que l'occlusion est plus aigue.

Enfin nous étudierons les précautions dont il faut s'entourer au cours de l'acte chirurgical et les différents moyens actuellement préconisés pour améliorer le pronostic encore si sombre aujourd'hui de l'entérotomie pour extraction de calcul biliaire.

OBSERVATIONS

Les deux premières ont été communiquées à la Société de chirurgie par MM. J.-P. Lamare et Maurice Larget, chirurgiens de l'hôpital de St-Germain-en-Laye.

Observation I

Occlusion intestinale par calcul biliaire. Diagnostic par toucher vaginal. Opération. Guérison.

Mme Ba..., âgée de cinquante-neuf ans, mère d'une fille de vingt-cinq ans, présente depuis plusieurs années des crises douloureuses abdominales diversement interprétées, mais le plus souvent diagnostiquées coliques hépatiques. Jamais intenses, ces douleurs ne se sont jamais non plus accompagnées d'ictère. Une crise plus violente que les précédentes éclate le 1^{er} août 1925. Apparaissent d'abord des douleurs lombaires assez fortes pour inciter la malade à s'aliter. Elle n'obtient, de ce chef, aucun soulagement. Au cours de la nuit qui suit, des coliques abdominales apparaissent accompagnées bientôt de vomissements. Arrêt des matières et des gaz. Nous voyons cette malade le 8 août, donc sept jours après le début des accidents. L'état général est grave. L'arrêt des matières et des gaz est absolu. Des vomissements fécaloïdes ont apparu pour la première fois la veille et se reproduisent. Température : 37° 9; pouls : 120

Peau déshydratée. Abdomen très ballonné, pointe au milieu et donne à penser qu'il s'agit d'une occlusion sur le grêle. Il suit légèrement le mouvement de la respiration, mais aucune onde péristaltique ne l'anime. Il est tendu, mais cependant encore un peu dépressible; on n'a pas l'impression que les anses intestinales sont tout à fait « à plein » dans la cavité abdominale et il est fort probable que l'arrêt des gaz n'est pas absolu depuis sept jours. Aucun clapotage, aucune matité déclive, ni fixe, ni mobile. Le toucher rectal révèle une ampoule distendue par les gaz qui ne s'échappent pas. Au toucher vaginal on sent un utérus petit, mobile et, *dans le cul de sac droit une masse ronde*, que l'on peut mobiliser, amener contre la paroi latérale du bassin et dont on peut apprécier la surface régulière, la consistance pierreuse et le volume (celui d'une grosse noix).

Le diagnostic porté est « occlusion par calcul ».

Intervention immédiate (Dr J. P. Lamare); aides Dr Péraldi et M. R. Biget. Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Deux anses grêles dilatées et congestionnées font éruption entraînant un peu d'ascite claire, contenues puis refoulées par un champ abdominal, elles laissent place à la main droite qui plonge immédiatement dans le petit bassin et ramène le corps étranger perçu cliniquement. Celui-ci est logé dans une des dernières anses de l'iléon et dont il marque nettement la limite entre une zone dilatée, congestionnée et pleine de liquide, et une zone plate, pâle et vide.

Entérotomie longitudinale, extraction du calcul. entérorraphie transversale. Stock bouillon vaccin sur la suture intestinale. Réintégration de l'anse. Paroi en un plan au fil de bronze.

Les suites opératoires furent assez simples.

Le premier gaz fut émis le quatrième jour après l'opération. Les urines n'atteignirent 1 litre en vingt-quatre heures que le neuvième jour, après des alternatives quotidiennes de 400 et même 200 grammes.

La malade est actuellement en bonne santé.

Examen du calcul. (M. Moreau, chef du laboratoire) :

Longueur		3 cm. 5
Largeur		2 cm. 5
Poids		19 gr.
Volume		16 cc.

Aspect extérieur : Forme ovale ceinturée par un méplat à la partie moyenne, lisse à ses extrémités, légèrement aplaties et dont l'une proximale est pourvue d'une petite facette; il est rugueux et comme framboisé sur son pourtour.

Aspect intérieur : à la coupe il présente une grande zone interne, blanche, cristalline à reflets miroitants et une coque externe brunâtre de trois millimètres d'épaisseur.

Examen chimique. — Zone externe :

Cholestérol		65 %
Pigments biliaires		27 %
Matières minérales		8 %

Zone interne :

Cholestérol		100 %
Pigments biliaires		0 %

Examen bactériologique. — La présence de bacille Coli fréquente dans le centre des calculs biliaires (Guiart et Grimbart, n'a pu être décelée ni à l'examen direct, ni après cultures. La radiographie met en évidence la perméabilité inégale du calcul aux rayons X. La coque externe contenant des matières minérales est très-peu transparente et dans la

zone interne quelques petites taches floues, à peu près concentriques, se distinguent sur le fond clair du cholestérol.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

D'abord en ce qui concerne le diagnostic qui a pu être porté avant l'intervention par le toucher vaginal. La perception directe du calcul pendant sa migration intestinale au cours de l'occlusion est chose rare. M. Okinczyc l'a fait remarquer lorsqu'il rapporta à la Société de chirurgie en 1926 une observation de M. Cochez (d'Alger) dans laquelle ce dernier reconnut « en poussant le plus haut possible le cul de sac de Douglas, la présence d'un corps très dur, arrondi, quelque peu mobile, l'autorisant à déclarer qu'un calcul biliaire était la cause probable de l'occlusion en présence de laquelle il se trouvait. Les événements lui donnèrent raison puisque la malade guérit par évacuation spontanée d'un gros cholélithe. Ce diagnostic objectif n'aurait été porté que treize fois en tout.

Dans deux cas par le rejet d'autres calculs :

1^o Société de chirurgie, mai 1921. Rapport de M. Robineau, observation de Petit de Niort : vomissement d'un petit calcul.

2^o Société de chirurgie, novembre 1928. Rapport de M. Robineau. Observation de M. Larget, publiée plus loin dans cette thèse : vomissement de trois calculs.

Dans onze cas par la perception objective du calcul sténosant :

Sick, Murphy, Köstlin sentent le calcul dans la fosse iliaque droite.

Ricard, dans la fosse iliaque gauche.

Elsner (cité par Moynihan) dans la région pyloro-duodénale.

Guibal et François le perçoivent à la palpation de l'abdomen.

Delagenière et Villar le sentent par le toucher rectal, derrière l'utérus, dans le Douglas.

Cochez et Lamare, par toucher vaginal.

Ce diagnostic exceptionnellement cité, puisque l'on pourrait actuellement compter près de 500 cas d'iléus biliaire, a permis de localiser assez exactement le corps étranger pour le trouver sans hésitation ni recherche. Ainsi furent évitées extériorisation et manipulation d'anses toujours choquantes. M. Lamare constate que malgré cela la malade n'émit des gaz qu'au quatrième jour et, bien qu'il s'agisse d'une occlusion basse du grêle, présenta de l'oligurie pendant une huitaine de jours.

M. Robineau, rapporteur de cette observation à la Société de chirurgie (novembre 1928), pense qu'elle apporte un peu de lumière sur les raisons de la gravité de l'iléus biliaire. « Cette malade arrivée au septième jour de l'occlusion présente des signes qui ne sont pas ceux d'une occlusion très aiguë, malgré les vomissements fécaloïdes : pas d'ondes péristaltiques, anses intestinales pas tout à fait remplies, distension du rectum par les gaz. Et cette malade opérée le septième

jour reste encore quatre jours sans rendre de gaz, puis guérit. Nous pouvons vraisemblablement admettre que le contenu intestinal de cette malade n'était pas très toxique puisque malgré l'intervention tardive elle a survécu : la lenteur avec laquelle la circulation intestinale s'est rétablie a peut-être évité chez elle le choc toxique par résorption rapide. » Telle est l'opinion de M. Robineau : la malade a guéri malgré l'intervention tardive parce que l'occlusion n'était pas très aigue et les liquides se trouvant au-dessus de l'obstacle relativement peu septiques. En outre, ils ont été évacués lentement, la malade n'a pas été intoxiquée par leur résorption massive, comme cela se produit souvent après la levée de l'obstacle avec une brutalité formidable entraînant la mort en quelques heures.

C'est pourquoi beaucoup de chirurgiens observent la règle suivante : après avoir supprimé la cause de l'occlusion ils évacuent l'intestin distendu, si cette évacuation est incomplète ils le fixent à la peau et établissent une fistule. M. Robineau trouve infiniment sage cette technique qui lui a permis de sauver plusieurs malades qu'il croyait perdus.

Nous reviendrons plus loin sur cette question.

En ce qui concerne l'observation du Dr Lamare elle ne va pas à l'encontre de ce principe liminaire que plus l'intervention est précoce et plus elle a de chances de succès, mais elle montre que l'atteinte profonde de l'état général n'est pas toujours et nécessairement très précoce dans tous les cas d'iléus biliaires.

L'atteinte de l'état général traduisant l'intensité des phénomènes toxiques, il semble que le pronostic doit être moins sombre lorsque ceux-ci sont moins accusés.

Observation II

(Dr Larget)

Occlusion haute du grêle par iléus biliaire. Diagnostic fait par un vomissement de calculs. Opération. Mort.

Le 25 novembre 1927, nous sommes appelés par notre ami le Dr Giffard d'Andresy auprès de Mme H...

Cette malade âgée de 65 ans a été soignée par divers médecins depuis plus de quinze ans pour « coliques hépatiques typiques ». Elle présentait des crises assez fréquentes fébriles, avec douleurs vives siégeant dans l'hypocondre droit et irradiant vers le scapulum droit. Les crises, de peu de durée, étaient suivies de poussées d'ictère.

Une nouvelle crise débuta le 10 mars 1927, semblable aux précédentes comme intensité des signes fonctionnels et généraux. La température assez élevée, 39° 5 dans les premiers jours, se stabilisa au bout d'une semaine aux alentours de 38°.

Depuis trois jours le tableau a changé, la situation s'est aggravée, et, lorsque nous voyons la malade, le 25 mars à 17 heures, voici ce que nous constatons : Température : 37° 8, pouls : 120. Facies anxieux, schocké, yeux excavés, teint subictérique.

La douleur s'est atténuée depuis l'avant-veille où la malade a *vomi trois calculs biliaires* de la grosseur d'une noisette; les vomissements ont persisté depuis; ils sont bilieux et muqueux; du reste la malade rejette tout ce qu'elle absorbe. Il n'y a pas eu de selles depuis quarante-

huit heures. Quelques gaz ont passé au début (il y a trois jours), mais depuis le vomissement de calculs, aucun gaz n'a été émis. Les urines ont diminué de volume et depuis douze heures la malade n'a eu aucune miction. La vessie est vide.

A l'examen physique on note seulement que l'abdomen respire et ne semble pas météorisé. La palpation ne révèle pas de point spécialement douloureux ni de contracture. Le toucher vaginal et le toucher rectal sont négatifs.

En raison du vomissement rejetant des calculs, suivi d'autres vomissements bilieux incessants, en raison aussi de l'anurie, on pense à un iléus biliaire sur le début du grêle et on préconise une intervention en faisant, à cause de l'état de la malade, les plus grandes réserves sur le résultat.

Intervention le 25 mars 1927, à 19 heures (Dr Larget); aides MM. Perret et Fourrey, internes du service.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On va d'abord à la vésicule et l'on constate qu'il existe une cholécysto-duodénostomie spontanée. Sur la première anse jéjunale, à 15 cm. environ de l'angle duodéno-jéjunal, on sent un gros calcul. Entérotomie. Suture de l'intestin après extraction du calcul. Paroi en un plan aux fils métalliques. Durée : vingt minutes.

Décès quatorze heures après l'intervention.

Examen du calcul. — (Note remise par M. Moreau, chef du laboratoire) :

Longueur	3 cm. 7
Largeur	3 cm. 4
Poids	23 gr.
Volume	20 cc.

Aspect extérieur : Forme légèrement ovoïde avec extrémités aplaties (la plus large présente quatre facettes),

couleur brun foncé ou brun clair sur certaines parties.

Aspect intérieur: le calcul scié en trois montre une zone externe extrêmement mince et une zone interne cristalline à reflets miroitants parsemée de parties brunâtres.

Examen chimique (après essais qualitatifs et quantitatifs). — Zone externe :

Pigments biliaires et matières minérales .	80 %
Cholestérol	20 %

Zone interne :

Cholestérol	94 %
Pigments biliaires et matières minérales ..	6 %

Radiographie. — Partie périphérique plus sombre et plus opaque aux rayons. La zone interne se présente sous l'aspect de couches concentriques de cholestérine beaucoup plus perméable aux rayons avec de fines incrustations de sels calcaires.

Dans cette observation, comme dans le cas de Petit rapporté par M. Robineau en 1921 à la Société de chirurgie, l'expulsion par vomissement de trois calculs a permis d'affermir le diagnostic. C'est là un fait exceptionnel et intéressant que l'on ne trouve pas dans des observations similaires. Ces calculs, après avoir franchi la fistule cholécysto-duodénale, ont dû se trouver entraînés par des mouvements antipéristaltiques et sont passés dans l'estomac d'où ils ont été expulsés par vomissement.

Le plus souvent dans l'iléus biliaire il n'y a pas ou peu de prodromes et cette curieuse affection passe presque toujours inaperçue jusqu'au moment de l'ar-

t du calcul cause de l'occlusion : il y a dans les antécédents des troubles gastro-intestinaux peu caractéristiques, des douleurs mal localisées, l'ictère est exceptionnel et l'on explique ceci par le fait que les gros calculs susceptibles de provoquer un jour l'iléus remplissent la vésicule, y sont immobiles et ne provoquent pas de réaction de la part du réservoir biliaire. Dans cette observation au contraire les antécédents hépatiques sont particulièrement nets et accusés ; la malade était soignée depuis plus de quinze ans pour des « coliques hépatiques typiques » avec ictère, douleurs dans l'hypocondre droit et irradiations douloureuses vers le scapulum droit. Le passé lithiasique n'était donc pas douteux et le vomissement de calculs en a donné la signature.

Cette femme fut examinée pour la première fois et aussitôt opérée par le Dr Larget, quinze jours après le début des accidents. Depuis trois jours l'occlusion était aiguë, la situation était très grave lorsque l'on pratiqua l'intervention. Enfin le calcul était arrêté très haut dans la première anse jejunale, et il est notoire que la gravité de l'occlusion sur l'intestin grêle est d'autant plus grande que l'obstacle est plus haut situé. Malgré l'opération d'une parfaite simplicité et d'une extrême rapidité la mort survenait quatorze heures après. Si l'on avait pu agir plus tôt le pronostic eût été meilleur. Si l'on opérait systématiquement et d'une manière précoce tous les malades en état d'occlusion ou seulement d'obstruction à mar-

che lente, forme la plus généralement observée dans l'iléus biliaire, il est probable que la mortalité opératoire serait beaucoup moins fréquente. Il est malheureusement trop souvent donné au chirurgien d'intervenir sur des calculux en état de péritonite, de collapsus et de stercorémie.

Observation III

(D^r Lamare)

Mme V..., âgée de 79 ans, entre le 21 décembre 1927 pour syndrome d'occlusion intestinale remontant à trois jours environ. Il est en effet assez difficile de déterminer chez cette malade le moment précis du début des accidents.

Cette femme dans les antécédents de laquelle on ne relève qu'un passé gastrique assez vague, est prise dans la nuit du 17 au 18 décembre de violentes douleurs abdominales avec « crampe de l'estomac ». Puis ces troubles se dissipent et le lendemain, 18, la malade déjeune légèrement. A la suite de ce repas elle éprouve bientôt des nausées qui persistent tout l'après-midi et sont suivies dans la soirée de vomissements alimentaires et bilieux abondants et répétés.

La nuit, réapparaissent d'affreuses douleurs abdominales à point de départ dans la fosse iliaque gauche, diffusant dans tout le ventre avec irradiation vers le dos. Vomissements incessants de bile. Arrêt des gaz. Le 19 et le 20, la situation ne se modifie guère que pour s'aggraver. L'on administre plusieurs lavements d'huile qui ramènent une faible quantité de matières glaireuses. Puis des lavements plus énergiques et plus abondants ne donnent aucun résultat. La patiente souffre toujours de douleurs très vives

dans tout l'abdomen. Les vomissements sont constants. Tout ce qu'elle tente d'absorber est immédiatement rendu. Les urines sont très rares. L'occlusion se confirme absolue : le 21 au matin apparaît un vomissement fécaloïde.

La malade se trouve dans un état général bien précaire quand le Dr Lamare est appelé à l'examiner.

Pouls : 120; température : 38°. Mauvais facies, traits tirés, teint jaune paille. L'abdomen est un peu ballonné, mais pas trop tendu et encore dépressible. Dououreux sans localisation précise, il semble plus saillant dans la région paraombilicale gauche. On observe des reptations d'anses. La percussion donne un certain degré de météorisme périombilical. Un peu de matité dans les flancs se déplaçant avec la lenteur de la fausse ascite. Toucher vaginal négatif. Toucher rectal également : l'ampoule est vide, normale. On décide de pratiquer d'abord un examen radioscopique avec un lavement bismuthé. Tout le gros intestin se remplit facilement. On conclut à une occlusion sur le grêle, peut-être par calcul, bien que les antécédents soient plutôt gastriques, mais l'occlusion qui s'est installée progressivement et les vomissements bilieux du début autorisent à envisager ce diagnostic.

Intervention d'urgence le 21 à 10 heures et demie. Anesthésie rachidienne par 10 centigr. de scurocaine au niveau de la huitième vertèbre dorsale. Aucune débâcle ne se produit après 10 minutes.

Laparotomie sus et paraombilicale gauche. Le silence abdominal étant parfait, on peut, malgré les anses dilatées, plonger facilement la main vers le foie. On trouve dans l'hypocondre droit une masse adhérente comprenant vésicule et anse grêle. Après repérage des grosses et des petites anses, on peut attirer et extérioriser celle contenant un calcul biliaire de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Entérotomie; extraction du calcul. Enterorrhaphie en deux plans et enfouissement par un surjet séro-séreux de cette double suture. Stock bouillon vaccin sur les tranches. Paroi en trois plans. Durée: vingt minutes.

A la fin de l'opération, évacuation de gaz, et, dans le lit, presque toute la journée de matières liquides en grande quantité. Urine abondamment.

Le soir la température est à 37, le pouls à 80. Bon facies. La malade paraissait se remettre et l'on crut d'abord pouvoir escompter un beau succès. Le 7^e jour elle succomba après une péritonite à colibacilles.

Dans ce cas on ne peut mettre en cause les phénomènes toxiques provoqués par la résorption du contenu intestinal dont la septicité est extrême.

Cette intoxication peut expliquer les morts rapides après opération simple, rapidement et bien conduite.

Ici au contraire les suites immédiates ont été excellentes, et, l'occlusion levée, les plus grands dangers écartés, la malade fut emportée par une péritonite à colibacilles.

Quelles peuvent être les causes de cette issue lamentable?

Le champ opératoire a été soigneusement garni, et la cavité péritonéale bien protégée par des compresses abdominales. L'intestin n'a été incisé qu'après expression de l'anse et clampage. L'infection n'a donc pas dû se produire au cours de l'opération. Les sutures — trois plans — ne peuvent avoir cédé, surtout après plusieurs jours,

Cette péritonite a sans doute été secondaire à l'occlusion intestinale trop tardivement levée.

L'exposé de son mécanisme nous le trouvons dans le chapitre consacré à l'iléus par Pierre Duval dans les neuf agrégés.

« Lorsqu'une anse est obstruée, au-dessus de l'obstacle, dans le segment dilaté, il se fait des lésions ulcérations importantes.

« Il y a d'abord hypersécrétion reflexe de la muqueuse et développement de gaz exerçant une pression excentrique sur la paroi intestinale. Cette pression provoque la nécrose épithéliale, des hémorragies sus et intramuqueuses; des ulcérations se forment, ulcères mixtes d'origine vasculaire et infectieuse; ils siègent sur l'anse dilatée mais aussi parfois à lointaine distance de l'obstacle. Ils peuvent se perforer et entraîner une péritonite par perforation.

« Dans l'anse dilatée il se produit une exaltation de la virulence du milieu intestinal; les lésions nécrotiques de la muqueuse intestinale permettent le passage des microbes dans la paroi. Cette perte de la puissance protectrice de la muqueuse intestinale est la cause de l'intoxication générale dont les symptômes de l'iléus sont fonction. On a trouvé le bactérium coli dans l'urine, les reins, la sérosité péritonéale, le sang. Les microorganismes passent à travers la paroi intestinale et provoquent l'infection péritonéale.

« La péritonite d'origine intestinale est constante au stade terminal d'une occlusion intestinale ».

La conclusion qui découle logiquement de cette citation c'est que dans l'occlusion par iléus biliaire comme dans toutes les occlusions il faut opérer de bonne heure : Le pronostic dépend essentiellement de la précocité de l'intervention.

Observation IV

Mme H..., 81 ans. N'a jamais été malade jusqu'à 40 ans. A cet âge, elle a une colique hépatique avec ictère. Depuis, souffre du foie par intervalle. Appelée auprès d'elle en 1923 et 1927, son médecin constate l'existence d'une légère myocardite et trouve une région vésiculaire sensible.

Dans la soirée du 29 juillet 1928 : indigestion, vomissements, coliques suivies de diarrhée abondante. La diarrhée continue le 30 et le 31. Dans la nuit du 31 la malade est reprise d'une violente douleur dans l'abdomen et surtout dans le flanc droit avec de nombreux vomissements dans lesquels on retrouve des tomates mangées le 29 au repas de midi.

Le 1^{er} août au matin toute la région de l'hypocondre droit est douloureuse et contractée. Pas de point vésiculaire net. Les coliques très violentes reparaissent toutes les deux ou trois minutes s'accompagnant de ténésme intestinaux violents. En réalité depuis la débâcle de la nuit du 31 au 1^{er}, la malade n'a pas eu de selles. Le cours du gaz est également interrompu.

Le médecin ordonne des applications chaudes opiacées sur l'abdomen et administre une purgation saline qui est immédiatement rejetée dans un vomissement. Le 1^{er} au soir la température est de 37,6. Le pouls bat à 84.

Le 2 août, le ventre un peu ballonné est douloureux

partout. Vomissements bilieux, coliques accompagnées et suivies de bruits hydroaériques perceptibles à distance. Dans l'espoir de lever l'occlusion l'on donne, sans succès, plusieurs lavements, dont un purgatif. A la fin de la journée la malade accuse une gêne croissante au niveau du creux épigastrique. Elle a des nausées fréquentes. Enfin le 3 apparaît un premier vomissement fécaloïde abondant, amenant un soulagement très marqué. Un deuxième se produit dans la journée. Température : 38°. Pouls 84.

Le Dr Lamare appelé le 3 août dans la soirée trouve une femme obèse, chez laquelle le volume énorme de l'abdomen ne paraît pas en disproportion avec le reste du corps. Il apparaît douloureux dans son ensemble, mais plus particulièrement dans la fosse iliaque et le flanc droit. Sonore sans exagération, il ne présente pas autant qu'on puisse en juger à travers une énorme paroi graisseuse, cette distension considérable des anses qui caractérise une occlusion absolue datant de près de 3 jours. Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal. Au toucher rectal on perçoit une ampoule distendue par les gaz qui s'en échappent. Température : 38°. Pouls : 84. On porte le diagnostic d'occlusion intestinale haute, malgré l'abondance des urines et en raison de l'absence de grande distension abdominale. L'hypothèse d'occlusion par calcul est émise. Cependant l'imprécision des renseignements fournis par l'examen, la douleur maxima à droite fait naître également l'idée d'un néoplasme intestinal avec spasme surajouté.

L'apparition de deux vomissements fécaloïdes indiquent une intervention qui est pratiquée au domicile de la malade, le 4 août à 10 h. du matin par le Dr Lamare que nous aidons. L'anesthésie générale au mélange de Schleich est donnée par le Dr Leclerc, médecin traitant.

Incision iliaque droite (niveau du maximum douloureux).

Au delà de la paroi très épaisse on trouve la cavité péritonéale contenant un peu de liquide ascitique. Deux doigts explorent en vain la région épigastrique, puis le petit bassin. Dirigés transversalement vers la ligne médiane, ils rencontrent un corps étranger mobile avec une anse grêle. Celui-ci constitue un obstacle au-dessus duquel les anses sont dilatées et congestionnées; au-dessous, au contraire, elles sont petites, pâles, vides et atones. C'est un calcul qui apparaît comme fixé par l'intestin tétanisé sur lui. Une entérotomie longitudinale faite trois centimètres au-dessous de lui, permet de l'énucléer. Il est sphérique et du volume d'une prune de mirabelle. Enterorraphie transversale en deux plans au catgut. Suture de la paroi sans drainage.

Analyse du calcul

Densité : Inférieure à 1.000.

Volume : 7 cme.

Poids : 6 gr. 50.

Aspect : muriforme.

Coque : Brunâtre. Pigments et sels biliaires.

Partie intérieure : Cholestérine : 98 %; Pigments biliaires : 2 %.

(M. Moreau, chef du Laboratoire).

Aussitôt les clamps intestinaux levés les anses supérieures avaient commencé à se vider sous nos yeux et une heure après le réveil la malade éprouva le besoin d'aller à la selle et émit par l'anus une énorme quantité de matières. Les suites opératoires furent relativement simples. Après la débâcle signalée, le cours des matières et des gaz se régularise. Le poulx se stabilise aux environs de 80. Température : 37° à 37° 8 jusqu'au 17 août. L'opérée fait alors une ascension à 38° 5. On constate une légère suppuration de la plaie qui débridée donne issue à la valeur d'une cuil-

lère à café de pus contenant du colibacille. La température tombe. Le 20 août nouvelle poussée thermique, on ouvre un volumineux abcès de la paroi dont il s'échappe environ un quart de litre de pus à odeur anaérobie dans lequel on trouve encore du colibacille. L'on installe une irrigation et bientôt tout rentre dans l'ordre. Le 15 septembre, la plaie est complètement cicatrisée et la malade est convalescente.

Elle est actuellement en parfait état et supporte brillamment ses 81 ans.

Cette opération a réussi parce qu'elle fut pratiquée à une période encore favorable en ce sens qu'au moment de l'intervention l'état général de la malade n'était pas trop atteint; le pouls ne dépassait pas 84. Elle fut rapide et peu choquante grâce à l'heureuse rencontre de l'anse grêle occluse parmi la multitude des anses intestinales. Enfin, l'on peut penser que dans ce cas également le contenu intestinal ne devait pas être très septique puisque l'obstacle levé, il a circulé sans entraîner d'accidents d'intoxication généralement si redoutables.

La suppuration de la paroi nous montre la gravité de l'infection à colibacilles puisque malgré les précautions prises : clampage soigneux avant l'entérotomie, usage du stock bouillon vaccin, garniture du champ opératoire autour de l'anse, cette complication survint et retarda la guérison jusqu'au 15 septembre.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DE L'ILÉUS BILIAIRE

A la suite de ces quatre observations commentées nous allons examiner l'histoire du traitement de l'iléus biliaire et tâcher de souligner la nécessité de l'intervention chirurgicale précoce. Enfin nous signalerons les différents moyens proposés récemment pour augmenter les chances de succès opératoire.

Il y a seulement 25 ou 30 ans la question du traitement de l'occlusion intestinale par pierre biliaire était autrement plus délicate qu'aujourd'hui. A cette époque en effet la laparotomie et l'intérotomie surtout étaient des moyens thérapeutiques exceptionnels. On ne les pratiquait que dans les cas tout à fait désespérés quand le malade plusieurs fois lavementé, copieusement purgé, électrisé, était sur le point de rendre l'âme. De tout temps et aujourd'hui encore malheureusement, les médecins ont eu l'idée de purger les malades en état d'occlusion aigue. Celle-ci leur apparaissait en somme comme le degré suprême de la constipation.

Il est bien évident que cette pratique est déplorable. Si, exceptionnellement, elle a évité au malade la salle

d'opération, elle a par contre été fatale à beaucoup d'autres.

Quand le diagnostic d'occlusion par calcul était fait — chose très difficile et bien rare — on était naturellement tenté de favoriser l'expulsion de la pierre par les voies naturelles. L'on essayait les antispasmodiques, l'opium, la belladone, le chloral, pouvant favoriser le relâchement du spasme et amener l'évacuation du cholélithe.

Voici résumée la première observation d'iléus biliaire guéri. Elle date de 1826. Il s'agit d'une dame de Barcelone qui fut subitement prise de douleurs violentes au niveau de la région vésiculaire. On administra des antispasmodiques, des évacuants, 1.00 grammes de mercure métallique; puis on pratiqua une insufflation de fumée de tabac par le rectum. Des selles liquides apparurent, la malade éprouva la sensation de « quelque chose qui se détache de la partie supérieure du ventre » et peu de temps après elle expulsait un calcul biliaire de la grosseur d'une châtaigne entouré d'un lambeau membraneux.

Naturellement cette heureuse issue à la suite d'une semblable thérapeutique ne pouvait qu'être exceptionnelle.

Tous les moyens mécaniques étaient mis en action, l'on pratiquait des massages de l'abdomen particulièrement dangereux (on ne malaxe pas impunément un intestin à parois souvent infiltrées, atones, friables) des lavements simples, huileux ou purgatifs adminis-

très à faible ou à forte pression. L'on a même fait des ponctions capillaires pour combattre le météorisme...

Tous ces moyens, même les plus anodins avaient le grave inconvénient de faire perdre un temps précieux.

Chaque heure perdue assombritle pronostic opératoire, diminue les chances de survie du malade. Le traitement chirurgical est la vraie thérapeutique de l'occlusion, celle à laquelle on sera presque toujours obligé de se rallier tôt ou tard, mieux vaut donc prendre une décision rapide d'autant plus que l'on n'aura pas fait la plupart du temps le diagnostic d'occlusion par calcul. Si les premières statistiques opératoires furent si mauvaises c'est dû en grande partie au fait que les malades n'étaient confiés au chirurgien qu'après échec de tous les moyens médicaux, alors que l'occlusion datait quelque fois de huit, dix, douze jours et plus : On n'opérait que des mourants.

Résumons la technique opératoire que nous avons déjà décrite en partie dans nos observations :

Laparotomie médiane le plus souvent, exceptionnellement on incise sur la tumeur perçue une fois la narcose obtenue. La main introduite dans l'abdomen permet parfois — comme dans notre quatrième observation — de trouver d'emblée l'anse contenant le corps étranger dur, sinon on dévidera méthodiquement l'intestin. A l'endroit où l'on passe brusquement de l'état de dilatation à celui de vacuité, siège l'obstacle. L'anse est amenée hors du ventre, isolée,

clampée, incisée longitudinalement sur son bord libre au niveau ou un peu au-dessous du calcul. La pierre est enclée. L'intestin est ensuite suturé transversalement en deux plans par un surjet total et un surjet d'enfouissement séro-séreux.

Cette technique classique paraît la plus simple, la plus logique et la plus sage.

MM. Lamare et Larget pensent que l'emploi du stock bouillon vaccin en application sur les tranches de l'incision et sur la tunique de l'anse occluse est une excellente pratique.

Il convient maintenant de mentionner les idées nouvellement émises en vue de combattre l'incontestable gravité de la résorption des produits contenus dans l'anse distendue.

M. Robert Monod, d'accord avec M. Alglave (Société de chirurgie, 28 nov. 1928), repousse la fistulisation directe du grêle à la peau. Il conseille de vidanger l'intestin grêle en état d'occlusion par la ponction en amont du calcul avant de pratiquer la taille de l'intestin. Il fait d'abord un petit surjet circulaire et ponctionne ensuite au centre à l'aide d'un trocart fixé sur un petit tube de caoutchouc. En réussissant cette manœuvre on supprime la cause habituelle des accidents toxiques mortels.

Le professeur Gosset pense que l'on peut y contribuer puissamment en pratiquant dans ces occlusions avec grande intoxication des injections salées hypertoniques. Il a démontré avec le professeur agrégé Binet le rôle des

vomissements dans la diminution du chlorure de sodium et l'on connaît l'action néfaste de cette diminution du chlorure dans l'occlusion : un enfant opéré d'invagination intestinale était mourant et les injections de sérum salé hypertonique l'ont sauvé d'une situation désespérée.

La même action bienfaisante s'exercerait dans les cas d'occlusion par calcul biliaire.

Peut-être aurait-on intérêt à user également du sérum anticolibacillaire de Vincent, du bactériophage de d'Herelle.

Il faut agir par tous les moyens contre cet iléus biliaire particulièrement grave.

Il faut surtout, pour améliorer les résultats, ne pas retarder l'intervention. Si, malgré l'aspect souvent peu dramatique des accidents, malgré l'occlusion parfois incomplète, on opérerait l'iléus biliaire aussi précocement que les hernies étranglées qui sont en somme des occlusions aiguës guérissant presque toutes, il est probable que la mortalité opératoire serait beaucoup plus faible.

CONCLUSIONS

1° L'occlusion intestinale par calcul biliaire est une affection rare que l'on observe le plus souvent chez la femme entre 50 et 70 ans.

2° Le diagnostic d'iléus biliaire est généralement impossible. On pourra quelquefois le soupçonner quand la malade accusera un passé lithiasique certain, ce qui est peu fréquent.

On ne peut le poser avec certitude que dans le cas tout à fait exceptionnel où le calcul est senti par toucher vaginal ou rectal, ou bien nettement perçu par la palpation de l'abdomen, ou bien encore si un ou plusieurs calculs ont été vus dans les vomissements ou dans les selles.

3° Ce mode d'occlusion est d'une extrême gravité parce que :

a) elle siège dans l'immense majorité des cas sur le grêle.

b) elle se produit chez des sujets âgés qui ont d'ordinaire une atteinte ancienne plus ou moins prononcée des voies biliaires et un fonctionnement hépatique plus ou moins défectueux.

c) l'opération est presque toujours trop tardive.

d) le contenu intestinal est extrêmement septique et toxique.

4° Le pronostic est donc très mauvais. L'évolution vers la guérison spontanée par évacuation du calcul dans une selle est chose rare sur laquelle on ne peut guère compter.

Après intervention, le pronostic, désastreux dans les débuts de la chirurgie abdominale, va en s'améliorant de plus en plus au fur et à mesure des progrès accomplis.

Il parait utile :

d'employer largement le bouillon vaccin pendant l'opération;

de vidanger l'intestin sus-jacent;

de pratiquer des injections de sérum salé hypertonique et de sérum anticolibacillaire;

de faire absorber au malade du bactériophage en grande quantité.

5° En opérant très précocement et en se conformant aux données nouvelles on peut espérer que la guérison sera obtenue dans la majorité des cas.

Vu : Le Doyen

H. ROGER.

✓

Vu : Le Président

GOSSET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD. — *Lyon Med.*, 1913, p. 1346.
- ASHURTS. — Obstruction intestinale (*Encyclop. chir.* 1886, t.VI).
- ASPINELL. — *J. of chir. Ass.*, 1918, p. 602.
- AUDRY. — *Lyon Med.*, 1887.
- BARDELEBEN. — *Centralblatt für Grenzgebiete der Med. und Chir.*, 1907.
- BENNING. — *Inaug. Dissect.*, Leipzig, 1905.
- BERAUD. — Iléus biliaire (*Thèse de Paris* 1885).
- BONNECAZE et LE CHAUX. — *Arch. Mal. nutrition* (avril 1924).
- CAMPAGNE et NOGIER. — *Lyon Méd.*, 1913, n° 52.
- COTTE. — *Thèse de Lyon*, 1908.
- DAGRON. — Iléus biliaire (*Thèse de Paris* 1891).
- DARAIGNEZ. — (*Thèse de Paris* 1922).
- DELAGÉNIÈRE. — *Archives pr. de Chir.*, 1913, n° 4.
- DUFOUR, DESMAREST, LEGRAS. — *Soc. Méd. Hôp.*, 1913, p. 838.
- DUPONT. — *Thèse de Bordeaux*, 1920.
- DUVAL Pierre. — Pat. ext.
- GLENARD et GRIGAUT. — *Soc. Biologie Paris*, 2 mai 1914.
- GOLDSCHMIDT. — *Soc. Méd. Hôp.*, 9 mai 1913.
- GUÉRIN. — *Lyon Méd.*, n° 7, 1919.
- HALL. — *Am. J. of Obst. and diseases of W. and Ch.*, nov. 1915.
- HERMANN. — *Inaug. Diss. Iéna*, 1904. Über Gallensteinileus.
- HERMES. — *Zentralblatt f. ch.*, 1906, n° 32.
- HUGUIER. — *S. Ch. Paris*, 1909.
- JEANNE. — Occ. inter. p. calculs biliaires (*Normandie méd.* 1902).
- JEANS. — *Inst. Med. Liverpool*, 10 déc. 1908.
- KIRMISSON et ROCHARD. — *Archives Gén. de Médecine*, 2 et 3, 1892.

- LE BEC. — Obstruction inter. par c. biliaire. *France médicale*, 1891.
- LERAT. — *Gaz. Méd. de Nantes*, 30 mars 1912.
- LERICHE et LECÈNE. — *Thérapeutique chir.*
- LERICHE et COTTE. — *Rev. Générale, Gazette des Hôp.*, 1908.
- LESK. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1908, t. XCIV, août, p. 47 à 85.
- LOBSTEIN. — *Beitrage zur Klinischen Chir.*, 1895.
- LOEPER. — *Soc. Méd. Hôp.*, 28 octobre 1909.
- MAC EVEN. — *British Med. Journ.*, 26 déc. 1914.
- MARION. — *Bulletin Soc. Chir. Paris*, 1910.
- MOSSÉ. — *Thèse d'agrégation*, 1880.
- MURARD. — *Soc. Chir. Lyon*, 18 déc. 1913.
- PANSERA. — *Il Policlinico*, 4 avril 1921.
- PAPIN. — *Thèse de Paris*, 1913-1914, n° 66.
- PÉRAIRE. — *Soc. An. Paris*, 11 juillet 1907.
- PEYROT J. — L'intervention chir. dans les obstruc. int. (*Thèse d'agrégation Paris*, 1880).
- PYBUS. — *The Lancet*, oct. 1922.
- Société de Chirurgie*, Paris, Bulletin, Discussion 1902; 1905; 1910; 1921; 1926; 1928.
- STIRLING. — *Australian Med. Journal*, n° 106, 26 juillet 1913.
- THORNING. — *Texas Stat J. of Med.*, sept. 1913.
- WAGNER. — *Deutsche Zeitschrift für chir.*, juillet 1914, p. 566.
- WERLER. — Occ. inter. et lithiase biliaire. (*Presse méd.*, 1903).
- WICKENDEN. — *The Lancet*, 27 juin 1914.
- WILKINSON. — *Br. Med. Journ.*, 1897.
- WORTMANN. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, n° 18, 5 mai 1921.

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, RUE DU PEUGUE

B O R D E A U X

1929
